

Travail effectué dans le service de M. le Docteur F. RAMOND
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

POUR

N°

57

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges NARBONI

Né à Sétif (Algérie) le 22 août 1892
Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AÉROPHAGIE BLOQUÉE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

57

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail effectué dans le service de M. le Docteur F. RAMOND
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920
—

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges NARBONI

Né à Sétif (Algérie) le 22 août 1892
Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AÉROPHAGIE BLOQUÉE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DERRE	LAIGNE-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE
BIEN-AIMÉS

A MON PÈRE D'ADOPTION
ELIE NARBONI

*En témoignage de reconnaiss-
sante affection.*

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A M. le Professeur CARNOT

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A M. le Docteur FÉLIX RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a inspiré cette thèse et
nous en a fourni les éléments.
Avec l'expression de notre res-
pectueuse gratitude pour ses
précieux conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage bénévole

M. le Docteur WALTHER

M. le Docteur PETIT

M. le Professeur Agrégé RECLUS

Externat

M. le Docteur LUCIEN JACQUET

M. le Docteur SIREDEY

M. le Docteur MICHON

M. le Docteur FÉLIX RAMOND

M. le Professeur agrégé COUVELAIRE

A MM. les Docteurs LEBAR,
GEORGES ROSENTHAL, VIGNES,
GAUTHIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AÉROPHAGIE BLOQUÉE

DÉFINITION. — EXPOSÉ

L'aérophagie, caractérisée par la pénétration d'air atmosphérique dans les cavités digestives, bien qu'entrevue dès le début du xix^e siècle, fut surtout étudiée dans les deux dernières années de celui-ci et plus particulièrement au début du siècle présent par Bardet, Bouveret, Hayem, Mathieu, puis Soupault Baret et Leven ; ces auteurs ont montré que cet air, caractérisé chimiquement, pénétrait dans l'œsophage par aspirations ou déglutitions répétées, puis dans l'estomac par forçement du cardia. Là il séjourne un temps plus ou moins long, en tension variable, jusqu'à son élimination rétrograde sous forme de renvois gazeux, soit jusqu'à ce qu'une contraction de l'organe l'expulse dans l'intestin à travers le pylore : tel est le mécanisme de l'aérophagie. Celle-ci peut revêtir plusieurs formes ; le plus souvent passagère, elle n'occasionne que des troubles minimes, vite calmés par des renvois faciles. Mais il est des cas, où, par suite d'un

mécanisme que nous nous efforcerons d'expliquer par la suite, l'air emmagasiné dans la cavité gastrique entre en tension progressive, tension qui peut devenir telle, qu'elle détermine indirectement des troubles d'une grande acuité, qui peuvent, dans certains cas, devenir d'une gravité exceptionnelle. Cette aérophagie, que M. F. Ramond a proposé d'appeler « bloquée », a déjà été décrite sous le nom de dilatation stomacale aiguë post-opératoire ; mais elle peut exister en dehors de toute intervention chirurgicale et constituer une entité purement médicale.

C'est de cette variété d'aérophagie bloquée que nous trailerons ici.

MÉCANISME

Par quel mécanisme le « blocage » de l'air contenu dans l'estomac se réalise-t-il ? On peut pour l'expliquer envisager plusieurs hypothèses, aussi plausibles les unes que les autres. Dans l'une d'elles, nous ferons appel à la conformation anatomique du cardia. Celui-ci présente sur son bord gauche un repli saillant, (valvule de Brami, ou repli de Gubarof) répondant au sillon cardiaque interposé entre l'œsophage et le fond de l'estomac. Ce pli cardiaque peut être envisagé comme une soupape, qui inactive, quand l'estomac est vide, s'applique, quand celui-ci est en état de moyenne réplétion, contre l'œsophage et interdit ainsi le reflux des aliments, tout en permettant encore leur arrivée. Enfin si la tension intra gastrique augmente, deux plismuqueux antérieur et postérieur, de renforcement, ajoutent leur résistance à celle du pli cardiaque, contribuant à réaliser avec lui le blocage supérieur de l'estomac (1).

On pourrait encore invoquer, en vue d'expliquer

1. Braun et son élève Gubarof ont montré que l'occlusion du cardia pouvait être favorisée par l'obliquité, très accentuée chez certains sujets, sous laquelle l'œsophage pénètre dans l'estomac.

celui-ci un spasme cardiaque : dans ce cas se produirait l'intervention des fibres musculaires œsophagiennes et les fibres obliques de l'estomac, intervention qui serait provoquée par des influences nerveuses antagonistes.

Enfin la parésie du muscle diaphragmatique pourrait encore être incriminée, qui, survenant à la suite d'états pathologiques divers (Pleurésie diaphragmatique chez le malade faisant l'objet de l'observation I ; paralysie diaphragmatique secondaire à une diphtérie chez le malade de l'observation II ; péritonite puerpérale chez la malade de l'observation V). Cette parésie du muscle respiratoire l'empêcherait d'aider, par l'énergie de ses contractions, à vider l'estomac de son contenu.

L'occlusion cardiaque se trouvant ainsi réalisée, il est indispensable que l'orifice pylorique s'obstrue à son tour pour que l'œsophagie se bloque. Ici il est aisé de concevoir le fait par la production d'un spasme réflexe du pylore.

Dès lors par une sorte de mécanisme à soupape, l'air continuera à pénétrer dans l'estomac par le cardia qui reste perméable dans un sens, et arrivera progressivement à une tension de plus en plus élevée.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'aérophagie bloquée est en grande partie celle de l'aérophagie banale; comme celle-ci, elle est relativement fréquente dans les dyspepsies d'origines nerveuses, les névropathies et en particulier l'hystérie. Toutes les causes d'excitations laryngées ou œsophagiennes qui provoquent le réflexe salivaire et déterminent ainsi une siolophagie qui peut persister à l'état de tic (Témoin le malade faisant l'objet de l'observation VI dont la siolophagie semble avoir eu pour point de départ des angines répétées), peuvent être à son origine. Avec Hayem et Deguy citons encore la siolophagie observée dans les pharyngites subaiguës et chroniques, si fréquentes chez les fumeurs.

Enfin citons encore toutes causes qui agissent directement ou à distance sur l'énergie de contraction du diaphragme et enfin et surtout le développement exceptionnel de la valvule de Brami et des replis muqueux de renforcement.

SYMPTOMATOLOGIE

Un fait essentiel, qui domine toute la symptomatologie de l'aérophagie bloquée, réside dans l'absence complète d'éructations gazeuses ou de vomissements, chez les malades qui en sont atteints. Ceci s'explique aisément par la fermeture pour ainsi dire hermétique de l'estomac.

Dans l'intervalle des repas et surtout immédiatement après ceux-ci, le malade atteint d'aérophagie bloquée se plaint d'éprouver une sensation pénible de distension, de gêne gastrique; ce malaise s'accroît parfois jusqu'à devenir véritablement douloureux. Il s'accompagne alors d'oppression marquée, de dyspnée, de palpitations. D'autres fois survient chez lui une véritable angoisse précordiale du type angineux pouvant s'accompagner de lipothymies et de sueurs profuses; la gêne douloureuse précordiale, dans certains cas, s'accompagne d'irradiations douloureuses le long du sternum et du membre supérieur gauche; c'est là en quelques mots la description de la véritable angine de poitrine et c'est ce qui explique que ce diagnostic ait pu être posé, dans notre observation I.

Certains sujets se plaignent d'irradiations doulou-

reuses dorsales, interscapulaires, localisées parfois au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Enfin notons encore parmi les signes fonctionnels observés, la céphalée assez fréquente, et le hoquet, qui peut survenir sous forme de crises, comme chez le malade de notre observation VI.

Quels sont maintenant les renseignements fournis par l'examen objectif des malades ? Ce qui frappe tout d'abord à l'inspection du thorax et de l'abdomen, c'est la présence au niveau de l'hypochondre gauche d'une voussure de volume assez accusé, que F. Ramond et Carrié ont pu mettre en évidence par la mensuration systématique ; cette voussure soulève la partie inférieure du thorax gauche et parfois empiète sur la ligne médiane. Souvent, en dehors et au-dessous d'elle apparaît une seconde saillie dessinée par l'angle colique gauche. Si l'on fait respirer assez profondément le malade, on constate que l'abdomen est aspiré pendant l'inspiration, fait prouvant qu'il participe à la respiration, par suite de l'immobilité du diaphragme et du refoulement des viscères abdominaux par l'intermédiaire de la poche gastrique.

A la palpation on a la sensation d'une tumeur tendue. La voussure ne se laisse que difficilement déprimer, une légère défense musculaire ajoutant parfois son action à la surpression gastrique ; enfin souvent la palpation apparaît douloureuse, surtout au niveau de certains points d'insertion du diaphragme (pt. sous-costal gauche).

La percussion pratiquée au niveau de la voussure

épigastrique, révèle un tympanisme accentué, tympanisme que l'on peut retrouver à la base gauche en arrière. Ce dernier signe, joint à d'autres signes d'auscultation, a pu nous faire penser à la possibilité d'un pneumothorax chez notre malade n° 5.

Enfin l'auscultation permet de se rendre compte parfois que la pointe du cœur est remontée en haut et en dedans ; pratiquée à la base gauche en arrière, elle nous a fait entendre chez notre malade n. 5 des bruits hydro-aériques analogues à ceux que l'on observe dans l'hydro-pneumothorax.

RADIOSCOPIE

Tels sont les renseignements que peut nous fournir la clinique ; ils sont très utilement complétés par la radioscopie. Lorsqu'on pratique un examen frontal de la région thoraco-abdominale chez un sujet atteint d'aérophagie bloquée, on est immédiatement frappé par l'extrême développement de la grosse tubérosité gastrique ; celle-ci semble occuper l'hémithorax gauche, dans son tiers inférieur, sur toute sa largeur ; coiffée du dôme diaphragmatique gauche, elle le soulève suffisamment pour porter son niveau au-dessus de celui du diaphragme droit, ce qui est l'inverse à l'état normal. Si l'on fait ingérer au malade une certaine quantité de lait bismuthé, la poche à air, tout en s'élevant légèrement s'étale ; et l'estomac supérieur contraste alors par ses dimensions exagérées, avec l'inférieur, qui lui au contraire est de proportions réduites (Ramond) : par suite de la traction qui s'exerce sur lui, il se trouve remonté, et de ce chef, le pylore occupe, par tiraillement, une position fortement déclive.

Si l'aérocolie s'ajoute à l'aérogastrie (obs.6), l'axe de l'estomac se trouve dévié et tend à devenir, par suite de la poussée que l'angle colique gauche opère sur

l'organe, oblique de bas en haut, d'avant en arrière et de droite à gauche. Il se trouve en même temps déporté en masse sur la droite.

Si l'on examine maintenant le malade sur un plan oblique gauche, on constate que l'ascension de la grosse tubérosité gastrique dans l'estomac, en même temps que son extrême développement, n'est pas sans influencer sur la position des viscères thoraciques. Le cœur se trouve projeté en haut, en avant et en dedans, plaqué pour ainsi dire contre la paroi thoracique par l'estomac (celui-ci formant caisse de résonance rend parfois son auscultation en arrière très facile). Quant au poumon gauche, son ampliation se trouve sensiblement réduite : ce qui explique la diminution du murmure vasculaire observée parfois par F. Ramond.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Les troubles décrits plus haut, ainsi que les signes objectifs qui les accompagnent, peuvent disparaître spontanément par une éructation abondante survenant au grand soulagement du malade : c'est là en général l'évolution de l'aérophagie bloquée accidentelle. Mais il n'en est pas de même s'il s'agit d'une aérophagie bloquée permanente. Dans ce dernier cas, si la cause du « blocage » réside dans une malformation anatomique siégeant au cardia, l'évolution est lente et la guérison ou même l'amélioration incertaines ; si l'affection reconnaît au contraire pour cause une atrophie diaphragmatique, le pronostic devient moins sombre, les moyens d'action dont dispose la thérapeutique dans ce cas étant plus efficaces. De toutes façons, dans les 2 cas, l'affection évolue lentement avec des alternatives de calme, pendant lesquelles, soit par relâchement du pylore, permettant la fusée de l'air dans l'intestin, soit par le retour temporaire de la perméabilité cardiaque, les troubles régressent en partie, ou de « blocage » strict, par rétablissement des causes d'occlusion supérieure et inférieure.

DIAGNOSTIC

Le diagnostif positif est relativement aisé, quand se trouvent groupés les gros signes que nous avons énumérés plus haut : il s'imposera en effet chez un malade, qui, n'ayant jamais eu de renvois gazeux, ni de vomissements se plaindra de gêne épigastrique, de tension douloureuse surtout post prandiales, avec ^{fréquentes} irradiations fréquentes le long de la colonne cervico-dorsale, de dyspnée légère, de palpitations, et chez lequel, l'examen objectif révélera la présence d'une voussure hypogastrique gauche, tendue et douloureuse à la palpation, tympanique à la percussion.

Mais il pourra se trouver des cas où ces signes ne seront pas réunis au complet, ou bien auront leur interprétation faussée par d'autres signes d'égale importance, mais appartenant à une affection différente vers laquelle le diagnostic pourrait être faussement aiguillé (obs. 15). C'est alors que l'examen radioscopique pourra rendre les plus précieux services en mettant sous les yeux du clinicien les éléments précis du diagnostic, c'est-à-dire la volumineuse poche à air gastrique contrastant avec les dimensions réduites de l'estomac inférieur remonté, le refoulement du cœur et la réduction de l'amplia-

tion pulmonaire. Enfin la radioscopie sera encore d'un grand secours pour aider à distinguer une aéro-phagie bloquée d'une hernie gastrique diaphragmatique; dans cette dernière affection, l'écran révèle un cœur déjeté à droite, une ligne diaphragmatique gauche presque impossible à reconnaître : en effet, si l'on suit celle-ci en partant de l'angle cardiaque, on la voit s'interrompre puis reprendre à gauche de l'estomac hernié ; de plus la moitié gauche du diaphragme se déplace en sens inverse de celui de la moitié droite. Enfin si le malade ingère du lait bismuthé on voit celui-ci descendre puis remonter avant d'atteindre le cardia, mettant ainsi en évidence la bascule de l'estomac, dont la grande courbure s'élève pour ainsi dire seule dans le thorax (J. Quénu).

TRAITEMENT

Deux cas principaux sont à envisager : celui tout d'urgence où l'aérophagie se bloque brusquement et où la tension intragastrique devient telle, qu'elle constitue une menace sérieuse pour la vie du malade, et cet autre, plus courant, où elle existe à l'état permanent avec des alternatives, tantôt de crises, pendant lesquelles l'occlusion gastrique est complète, tantôt de « bloquage » avec évacuation incomplète de l'estomac constituant pour le malade une période de calme relatif.

En ce qui concerne la première variété, il est évident que le premier souci du médecin doit être d'évacuer le plus rapidement possible l'estomac, pour cela deux thérapeutiques sont à sa disposition, qui se complètent l'une l'autre. La première, mécanique, pourra consister, soit à placer le malade dans la position ventrale, ou genu-pectorale (ce sont là des moyens qui parfois suffisent à supprimer une aéroplagie bloquée) soit dans le tubage de l'estomac avec la sonde de Einhorn, ou mieux, avec celle de Félix Ramond, dont le calibre réduit, la rigidité des parois et surtout la forme conique de l'extrémité gastrique rendent son introduction des plus simples.

La seconde, purement médicamenteuse, visera l'élément spasmodique : elle consistera dans l'administration de belladone, de bromures alcalins, à laquelle on pourra adjoindre avec fruit la balnéothérapie chaude. Si l'aérophagie bloquée est subaiguë et permanente, on pourra tenter sa guérison ou tout au moins son amélioration, par le tubage répété avec la sonde de Einhorn ou F. Ramond. On peut, à ce sujet, faire très aisément l'éducation du malade (celui de notre obs. n° 1 est parvenu à se tuber lui-même avec une grande facilité). Et au bout de quelque temps on peut avoir l'agrément de voir la nécessité du tubage s'espacer, pour disparaître ensuite. Mais il peut exister des cas rebelles à ce traitement, ou à tout autre, cas où la malformation cardiaque ne subit aucune modification, et où le blocage se répète au point de constituer une véritable infirmité, sinon un péril permanent pour la vie du sujet : c'est alors que l'on peut se demander, comme le fait observe F. Ramond si dans des cas de ce genre, un traitement chirurgical qui consisterait, soit dans la résection du repli de Gubaroff soit dans une gastro-entérostomie faisant en quelque sorte de l'intestin une soupape de sûreté, ne serait pas indiqué.

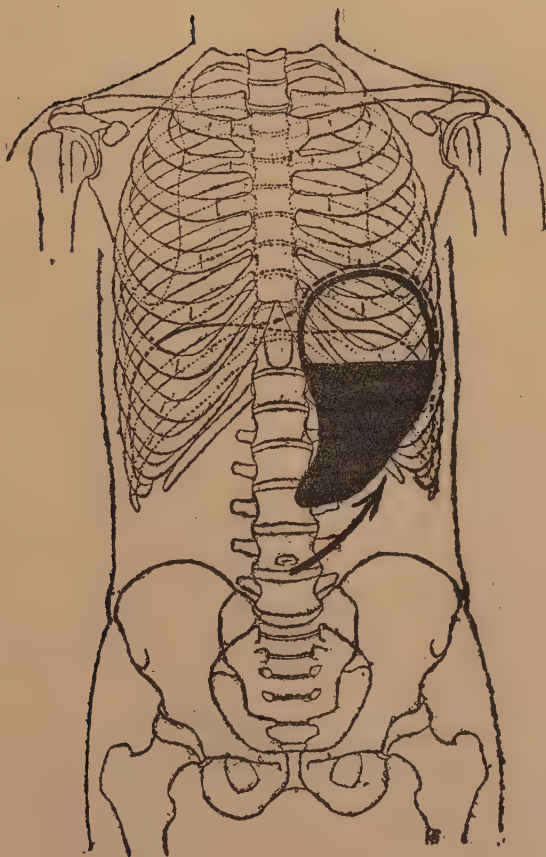
A côté du tubage qui s'adresse uniquement à la cause cardiaque du blocage, existent tous les moyens thérapeutiques qui s'adressent, soit à la parésie du diaphragme, soit au spasme pylorique.

Contre la première on peut user de la rééducation

respiratoire ou encore de la faradisation. Quand au spasme du pylore, il sera efficacement combattu par la médication bromurée, ou belladone, la balnéothérapie chaude et enfin le régime.

Enfin avant de terminer cet exposé il convient d'attirer tout particulièrement l'attention sur l'intérêt qu'il y a à traiter l'aérophagie elle-même, dans ses causes directes : la siolophagie et les dyspepsies.

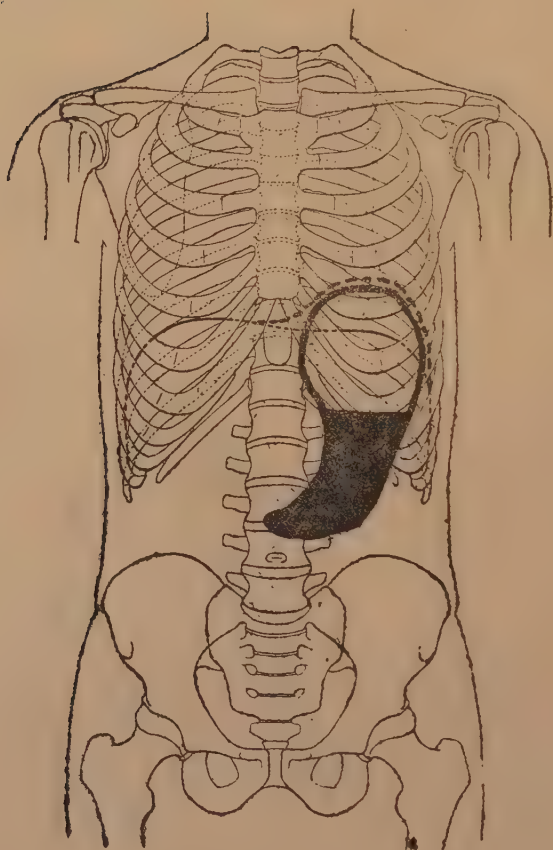
Observation n° 1



X... 56 ans, officier.

Estomac surdistendu par une volumineuse poche à air qui refoule le diaphragme gauche et vient faire saillie derrière le cœur. Moitié inférieure de l'estomac rapetissé et d'axe abaissé.

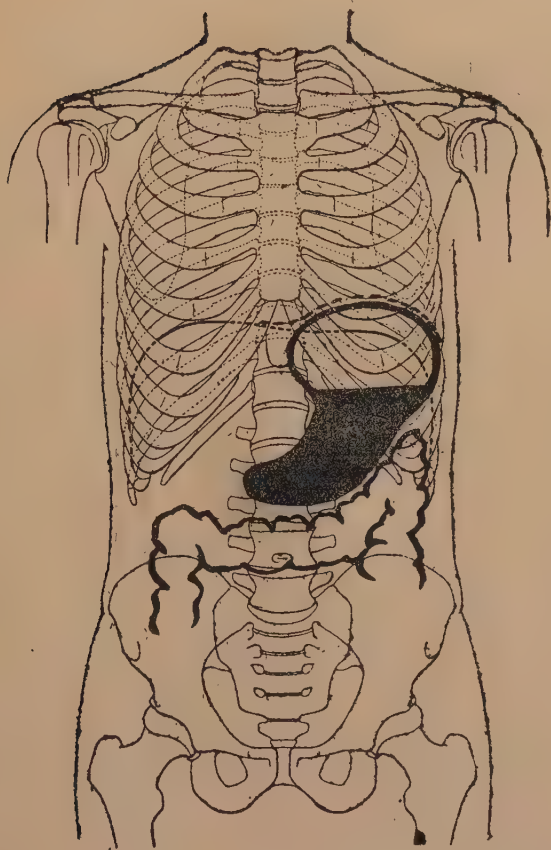
Observation n° 2



X... soldat au 92^e d'inf.

Refoulement en masse du diaphragme gauche par la grosse
tubérosité gastrique dilatée d'une façon permanente.

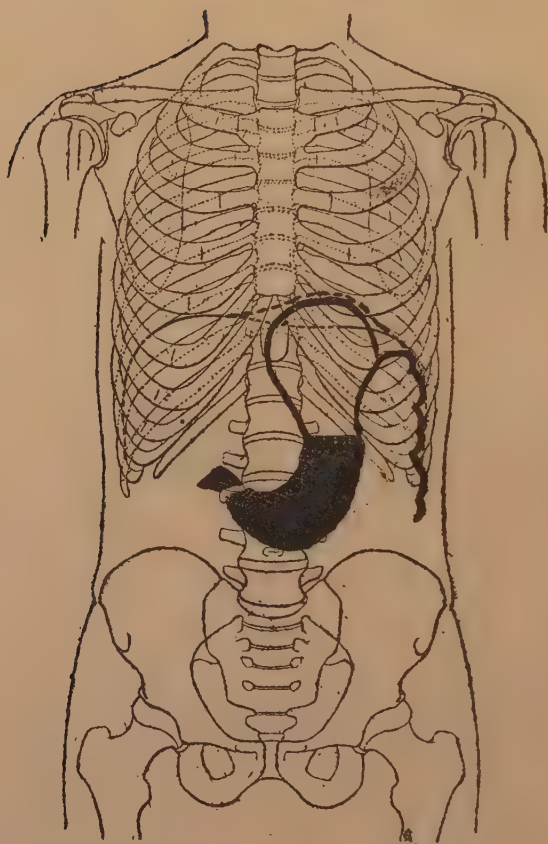
Observation n° 4



L... Pierre-François, 43 ans, garçon d'hôtel.

Estomac court. Segment supérieur dilaté et étalé. Angle colique gauche remonté et dilaté.

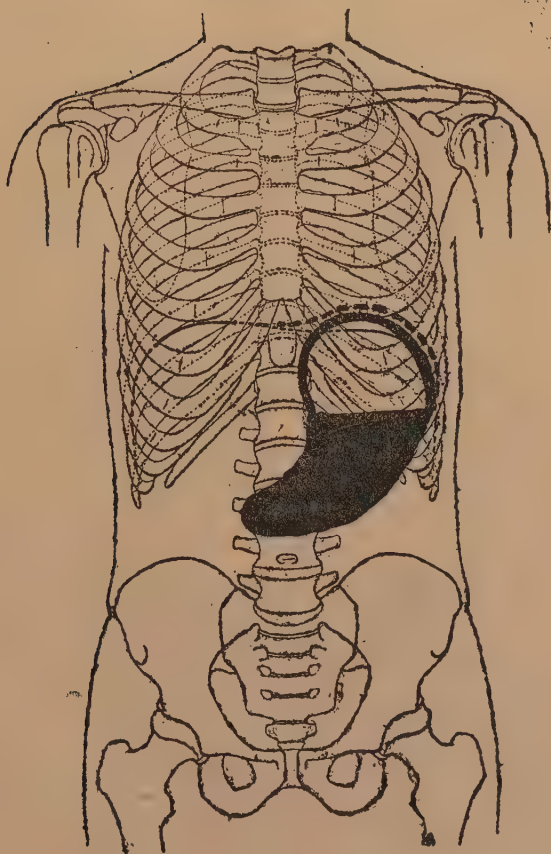
Observation n° 6.



R... 24 ans. Ancien instituteur:

Estomac dilaté dans son segment supérieur. Angle colique gauche dilaté refoulant l'estomac sur la droite.

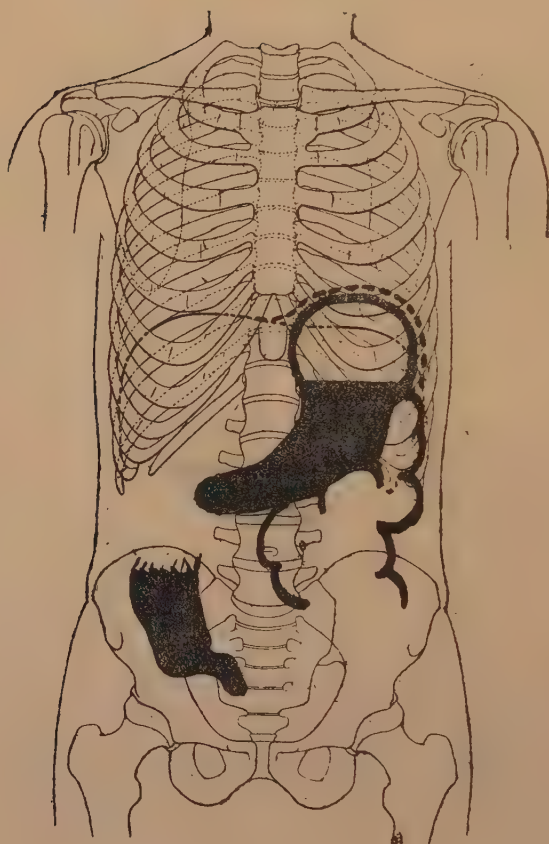
Observation n° 7.



Ch... Jean, 43 ans, Mécanicien ajusteur.

Estomac tonique normal avec poche à air gastrique soulevant légèrement le diaphragme gauche et sa position inférieure de dimension réduite et d'axe incliné vers l'horizontale.

Observation n° 8.



Bert... Fernand, 21 ans. Etudiant.

Aérophagie et aérocolie très marquées. L'estomac couché sur le colon est dévié sur la droite par ce dernier, surtout dans sa moitié inférieure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

X..., 56 ans, officier.

Histoire de la maladie. — A 47 ans, contracte une pleurésie séro-fibrineuse gauche. Celle-ci ponctionnée comporte des suites très favorables au point de vue pulmonaire. Mais consécutivement apparaissent des troubles digestifs : ce sont : une sensation de plénitude immédiatement après le repas, une lenteur apparente de la digestion ; quelques renvois qui soulagent momentanément le malade.

Par la suite ces troubles persistent, les renvois deviennent de plus en plus rares, puis disparaissent complètement.

En même temps, 4 ou 5 ans après, apparition de douleurs angineuses de poitrine, à l'effort, survenant surtout après le repas. Le malade est obligé de dégrafer sa ceinture et de rester immobile au moins une heure : le moindre effort, après le repas déclenche une douleur précordiale de constriction avec irridiation brachiale ou cervicale. Au bout de deux heures après le repas, il peut faire quelques efforts, mais modérés, sous peine de voir réapparaître les phénomènes d'angor. Il est évacué du front et examiné à ce moment là.

La tension artérielle est normale. Il n'y a pas d'albumine

dans les urines. Sous l'écran, l'aorte est obscure ; elle est de dimensions normales à l'examen physique.

La réaction de Wassermann est négative. Néanmoins le traitement antispécifique par le néosalvarsan est tenté, sans aucun résultat. La médication antiangineuse (nitrites, iodures) demeure également inefficace.

A ce moment (1917) le malade attire l'attention sur son estomac : on note alors les mêmes signes fonctionnels que précédemment.

L'examen radioscopique montre un estomac surdistendu par une poche à air volumineuse qui refoule le diaphragme gauche et vient faire saillie derrière le cœur (examen oblique gauche). La partie inférieure de l'estomac est rapetissée au détriment de la partie inférieure surdilatée.

Le chimisme gastrique est normal.

Un traitement dyspeptique ne donne aucun résultat. Mais le malade fait remarquer qu'à la suite de chacun des tubages pratiqués en vue de l'examen du suc gastrique, il a passé trente-six à quarante-huit heures en très bon état sans aucune douleur quoique marchant normalement.

On pratique dès lors un tubage-lavage toutes les quarante-huit heures. L'amélioration persiste.

Le malade apprend à se tuber avec un tube d'Einhorn.

Les résultats sont bons.

Il repart sur le front et termine la campagne sans aucun trouble gastrique ni cardiaque.

A été perdu de vue depuis.

L'examen radioscopique a prouvé que la poche gastrique se vidait parfaitement par le tubage.

OBSERVATION II

X..., 23 ans, soldat au 92^e d'Infanterie.

Antécédents pathologiques. — Evacué du front de Champagne en 1915 pour diphtérie, vérifié bactériologiquement. Ne reçoit du sérum que quarante-sept jours après le début de l'angine. Huit jours après l'apparition de celle-ci, débute une paralysie du voile de palais qui gagne rapidement la face, les extrémités, la vessie puis le diaphragme. On note de la tachycardie et de la tachypnée.

Histoire de la maladie. — Malgré la gravité des accidents la guérison survient au bout de deux mois. Mais la respiration diaphragmatique demeure incomplète : son diaphragme dans l'inspiration forcée est aspiré.

En même temps le malade se plaint d'être gêné par une distension gastrique permanente, surtout accusée après le repas. Il n'avait jamais souffert de son estomac auparavant.

Un examen radioscopique montre un refoulement en masse du diaphragme gauche, par une poche à air énorme, permanente à toute heure. Pas ou peu de renvois.

On n'observe point de trouble angineux mais de la tachycardie et de la dyspnée surviennent au moindre effort.

A ce moment le malade est dirigé sur l'intérieur.

Six mois après le malade écrit que sa tachycardie, ses troubles respiratoires et digestifs ont disparu et qu'il est jugé apte à repartir. Il n'y a pas eu de nouvel examen radioscopique.

Perdu de vue depuis.

OBSERVATION III

X..., 43 ans, 1^{er} Régiment d'artillerie à pied.

Envoyé en observation au Centre du secteur de Rouen en février 1918 pour dyspepsie.

Présente à ce moment des signes assez banaux.

Anorexie. Lenteur de digestion. Dyspnée et palpitations. Un examen radioscopique montre une hernie diaphragmatique gastrocolique volumineuse.

Le malade prétend que depuis 5 à 6 ans, il souffre de gonflement gastrique à peu près permanent, avec dyspnée et tachycardie à l'effort. Parfois quelques douleurs du type angineux.

Il y a cinq mois, à la suite d'un effort brusque (il travaillait à cette époque, comme spécialiste dans une usine métallurgique du Havre) il éprouve comme une sorte de déchirement profond thoracique, avec tendance syncopales. Il se fait porter malade et reprend son travail au bout de quatre jours.

Depuis constate moins de ballonnement gastrique, mais davantage de palpitations.

Refuse de se faire opérer et reprend son travail.

Il est probable que chez ce malade une aérophagie bloquée a favorisé la production d'une hernie diaphragmatique.

OBSERVATION IV

L... Pierre-François, 43 ans, garçon d'hôtel.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à 12 ans.

Bien portant jusqu'en 1914. Evacué en octobre 1917 pour courbature fébrile. Soigné à l'arrière pour une entérite.

Histoire de la maladie. — Le malade n'avait jamais souffert de l'estomac avant septembre 1917. A ce moment ses digestions deviennent pénibles, et il éprouve de la fatigue après les repas. L'estomac à ce moment est lourd ; en même temps le malade se plaint d'oppression et de nausées. Pas de vomissements, pas de renvois, pas de brûlures.

Les selles sont normales.

En octobre survient de la diarrhée ; cinq ou six selles par jour, mêlées d'un peu de sang. Les digestions deviennent plus pénibles et l'oppression post-prandiale plus accusée. Cette crise dure huit jours. Puis il est évacué, ayant de la température (39°).

A l'ambulance : sa diarrhée se complique de coliques et il est traité pour ces deux choses. Il est envoyé en permission. Mais n'en profite guère : chez lui, il se plaint de manquer de forces et d'avoir des sueurs abondantes au moindre effort. L'oppression est continue. Après les repas, douleurs au creux épigastrique. Pas de nausées ni de vomissements. Quelques palpitations, surtout après les repas.

Histoire de la journée. — Le malade a la bouche pâteuse au réveil. Mais il déjeune de bon appétit : café au lait et pain. Immédiatement il se sent le visage congestionné et éprouve du ballonnement gastrique. Une demi-heure après, souvent, une impérieuse envie d'aller à la selle.

A 11 heures, il déjeûne avec appétit : œufs, légumes, lait. La digestion est lente et s'accompagne d'un peu d'oppression et de légères palpitations. Pas de douleurs. Il se sent mieux une heure et demie à deux heures après le repas et se trouve

à peu près bien jusqu'au dîner. Celui-ci pris à 7 heures consiste en potage, légumes, et lait. Il est suivi des mêmes phénomènes que plus haut. Nuit légèrement agitée, quelques cauchemars.

Examen physique. — Sujet robuste, non amaigri, Facies normal. Langue et dentition bonnes. Pas de goître ni de subictère.

L'examen de l'abdomen révèle une légère tension de l'hypochondre gauche, sans voussure. On note un point douloureux xiphoïdien.

Trois selles par jour, couleur ocre. Pas de glaires ni de sang. Rien au foie ni à la rate. Le poumon est légèrement emphysémateux. Rien au cœur sauf un rythme un peu rapide (85).

L'examen chimique révèle une anachlorhydrie totale avec une acidité totale très diminuée (0,21).

L'examen radioscopique montre un estomac court, dont le segment inférieur paraît diminué par rapport au supérieur, qui est dilaté par une volumineuse poche à air. L'angle colique gauche est remonté et légèrement dilaté.

En résumé il s'agit ici d'une aérophagie bloquée subaiguë, en rapport avec une dyspepsie anachlorhydrique, suite d'une gastro-entérite aiguë.

OBSERVATION V

R..., femme de chambre, 35 ans.

Entre le 10 septembre 1920, salle Damaschino pour toux, dyspnée, et état général grave.

Histoire de la maladie. — Interrogée, la malade raconte

que dix-huit jours auparavant, après un retard de trois mois et demi, elle a été prise subitement, au cours de son travail de métrorragies continues avec caillots. Le 7 septembre, survient un avortement complet et dans la soirée elle éprouve des frissons avec un violent point de côté droit thoracique ; en même temps elle est prise de toux. Du 7 au 10, elle reste chez elle, alitée avec une température élevée ; le point de côté persistant et l'état général s'aggravant elle rentre le 10 à l'hôpital.

Examen : A l'entrée. — Aspect prostré, teint plombé ; la respiration est rapide et superficielle, les ailes du nez battent, les lèvres sont cyanosées, la langue sèche, couverte de fuliginosités. La température atteint 39°6. Le pouls rapide et bien frappé bat à 100.

Faisant asseoir la malade pour pratiquer un examen thoracique, on note une exagération notable de la dyspnée.

Poumons : Submatité aux deux bases. Les vibrations sont normales. A l'auscultation, on note dans les deux champs pulmonaires des bouffées de râles crépitants fins, prédominant aux bases.

Cœur : Les bruits sont normaux, pas de souffles pathologiques.

Abdomen : Aucune douleur spontanée ni provoquée, la palpation des muscles de la paroi abdominale provoque une légère réaction de défense.

Toucher vaginal : Le col est gros, mou, béant. Le toucher associé au palper révèle un utérus gros, débordant au-dessus de la symphyse. Léger écoulement fétide.

Urines : Oligurie. Hautes en couleur. Dépôt. Pas de sucre, ni d'albumine.

On porte à ce moment le diagnostic d'infection puerpérale post-abortive avec localisation broncho-pulmonaire.

Traitement : électrargol intra-veineux. Huile camphrée. Ventouses scarifiées.

Le 11 septembre, la dyspnée devient extrême : le facies est anxieux, le hoquet persistant. Les points de côté thoraciques ont disparu ; par contre la malade ressent dans la région épigastrique et dans l'hypochondre gauche, une sensation pénible de tension, de plénitude douloureuse. La température est à 39°2, le pouls bat à 110. Bien frappé et régulier.

Examen thoracique. — En arrière, mêmes signes que la veille à droite ; à gauche apparition d'un souffle à timbre amphorique. On note du tympanisme de la base gauche remontant à une hauteur de deux travers de mains. Pas de murmure vésiculaire perçu, pas de vibrations. En avant la partie supérieure de l'abdomen, et inférieure du thorax, à gauche sont soulevées par une voussure tympanique à la percussion : on pratique une ponction exploratrice en arrière à la base. Résultat négatif,

Examen abdominal. — Le ballonnement est surtout marqué dans la région épigastrique. L'abdomen participe à la respiration. La palpitation réveille une réaction de défense bilatérale, non douloureuse.

Se basant sur la présence du hoquet, et du météorisme abdominal, on pense à la possibilité d'une péritonite mais l'examen demeurant négatif, on écarte cette hypothèse.

Même traitement que la veille, plus enveloppements froids thoraciques.

Le 12 septembre, état stationnaire.

Le 13 septembre, la dyspnée s'accroissant à nouveau, les

signes de pneumothorax persistant à la base, on pense à une aérophagie bloquée; on pratique alors le tubage avec la sonde fine de F. Ramond qui est facilement déglutée. Dès que le cardia est franchi, il se produit une expulsion bruyante d'air sous pression, s'accompagnant d'un véritable sifflement. Immédiatement après ce tubage, la voussure abdomino-thoracique disparaît, la dyspnée diminue et le hoquet cesse presque complètement. L'auscultation du thorax gauche permet d'observer la disparition des signes précédemment observés de pneumothorax. La température demeure à 38°2. Le pouls bat à 110, Bien frappé et régulier.

Abdomen: Aucun renseignement nouveau au point de vue péritonite. Le ventre assez souple se laisse déprimer facilement: aucune sensibilité.

Traitement. — Enveloppements froids. Huile camphrée, spartéïne. En résumé la malade se sent beaucoup mieux depuis le tubage; la toux est moins fréquente.

14 septembre. — Température: 38°4. P. aucune modification. Réapparition de la dyspnée. Obscurcissement de la respiration aux deux bases. Râles sous-crépitant persistants. Pas de pectoriloquie aphone, pas de signes de pleurésie sauf une légère contraction des spinaux. Ponction exploratrice négative.

15 septembre. — L'état général s'aggrave subitement dans la journée; le pouls s'accélère, devient petit. La mort survient au milieu d'une dyspnée extrême, accompagnée de hoquet, de sueurs froides et de refroidissement des extrémités.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on est frappé par la saillie énorme de l'estomac dilaté par une quantité énorme de gaz, quantité évaluée à plus de deux litres. L'estomac est

en position anormale, son axe, oblique de haut en bas, d'arrière en avant, de gauche à droite : il repose sur le colon transverse également dilaté. Léger épanchement purulent et granuleux dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales sont congestionnées.

L'examen des plèvres révèle un léger épanchement séro-purulent bilatéral ; la plèvre viscérale apparaît tapissée de fausses membranes.

Aux poumons : lésion d'hépatisation rouge prédominant aux deux bases, Les reins et la rate sont congestionnés. Le foie, très augmenté de volume (1750) a subi un commencement de dégénérescence graisseuse. Au cœur, guirlandes de petites végétations, à 2 millimètres du bord libre des valvules mitrales.

L'estomac, augmenté de volume, dans toutes ses dimensions, est le siège d'une congestion diffuse au niveau de la muqueuse de la grosse tubérosité.

L'utérus est gros, légèrement sphacélé au niveau de la muqueuse du corps à laquelle adhèrent encore des débris placentaires.

En résumé il s'agit là vraisemblablement d'une infection générale à point de départ génital, avec localisation secondaire aux poumons et au péritoine. L'aérophagie fut probablement d'origine siolophogique et le blocage du cardia survint soit par parésie diaphragmatique à point de départ inflammatoire, soit par spasme de l'orifice gastrique supérieur, également par irritation de voisinage.

OBSERVATION VI

R..., vingt-quatre ans. Ancien instituteur.

Rentre le 2 octobre à Lorain pour crises périodiques de hoquet.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de maladie nerveuse. Frère et sœur bien portant.

Antécédents pathologiques. — Né en Perse. A six ans fièvre paludéenne. A dix-huit et dix-neuf ans, deux hivers de suite il a des crises de hoquet qui durent huit jours, qu'il a fait passer en s'abstenant complètement de boire. A vingt ans, en 1915, à la suite de fatigues a fait de petites hémoptysies ; son état général était mauvais, il se fait hospitaliser durant deux mois. A cette époque, surtout après les repas, apparition de palpitations et de crises de hoquet qui le prennent chaque semaine et durent quatre-cinq jours. Parfois, trois à quatre heures après le repas vomissement. On lui trouve alors de la dilatation d'estomac. Il est atteint en outre d'une sialorrhée abondante, surtout nocturne. Les hémoptysies cessent en 1918.

De 1915 jusqu'à l'heure actuelle, continue à avoir des crises de hoquet, contre lesquels beaucoup de traitements ont été essayés en particulier la cautérisation du nerf naso-lobaire dans les fosses nasales.

La crise de hoquet commence surtout après un repas et dure jusqu'à la nuit ou cesse vers 1 à 2 heures du matin. Il dit avaler souvent sa salive et reconnaît que le hoquet survient après les repas, surtout quand il a avalé ses aliments avec avidité. Le 10 octobre, fait intéressant, sa crise de

hoquet *s'est terminée quand l'estomac fut vidé d'air* par la sonde spéciale de F. Ramond.

Histoire de la journée. — Au réveil se sent bien. A 8 heures prend son petit déjeuner avec appétit : pain et lait. Légère gêne épigastrique, parfois immédiatement après. La matinée se passe en général bien. A midi déjeuner : bon appétit. Aucune boisson pendant le repas, immédiatement après celui-ci se sent légèrement oppressé et alourdi. Cette gêne persiste toute l'après-midi. Dîner à 7 heures, mêmes légers troubles qu'après le repas du matin. Nuit assez calme. Parfois quelques cauchemars.

Sa dernière crise de hoquet remonte au 6 octobre et est survenue après un repas où il avait mangé très vite. Il est devenu très violent dans la nuit. Pas de vomissement ni de renvois. Le lendemain, douleur épigastrique s'irradiant le long des insertions du diaphragme.

Appareil respiratoire : respiration soufflante aux deux sommets, surtout à droite.

Appareil cardiaque : o.

Appareil digestif : sialorrhée abondante : un crachoir par nuit. Pas de signe de Murphy. Pas de points douloureux. Rate normale.

Appareil urinaire : ni sucre ni albumine.

Système nerveux : tous les réflexes sont normaux.

Examen chimique : suc gastrique, rien de particulier.

Examen radioscopique : estomac dilaté dans son segment supérieur par une volumineuse poche d'air. Angle côlique gauche dilaté refoulant l'estomac sur la droite.

Le diagnostic qui semble devoir être porté ici est : aéro-phagie d'origine sialophagique. Blocage du cardiaque par

malformation anatomique vraisemblable et consécutivement aux crises de hoquet, par parésie diaphragmatique.

OBSERVATION VII

Ch... Jean, quarante-trois ans, 2^e groupe d'aviation, mécanicien ajusteur.

Entre à l'hôpital auxiliaire 10, de Fécamp, le 4 janvier 1918.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à quarante-neuf ans d'un épithélioma de la joue. Mère soixante-neuf ans, bien portante. Deux frères dont un réformé pour faiblesse générale. Trois sœurs bien portantes.

Antécédents pathologiques. — N'a jamais été malade dans l'enfance. A onze ans a contracté une rougeole compliquée de bronchite. A toujours toussé et craché depuis.

Ensuite s'est bien porté, n'a jamais été malade. A vingt ans a fait trois ans de service actif sans aucune maladie. Rentré dans la vie civile s'est marié et a eu trois enfants. N'a pas été malade jusqu'à la mobilisation. Celle-ci le prit le 5 décembre 1915. Il part au front le 15 juillet 1915 et en est évacué un mois plus tard pour rhumatisme articulaire, celui-ci fut traité pendant quinze jours par le salicylate de soude, sans troubles digestifs consécutifs; puis ayant rejoint le front insuffisamment guéri, il est de nouveau évacué une quinzaine de jours, puis rejoint directement le front. Il continue par la suite à souffrir de ses articulations. Six mois après, est évacué à deux reprises pour albuminurie puis hygroma du genou gauche.

A commencé à souffrir de l'estomac en avril 1917: ces troubles ont d'abord consisté en ballonnements puis tension

douloureuse post-prandiale dans la région épigastrique, avec palpitations. A ce moment sans suivre de régime, se nourrit surtout de légumes, et abuse du vin. Il fumait la pipe avec excès et salivait énormément.

Peu à peu le ballonnement épigastrique augmentait d'intensité et quelques rares fois il eut des vomissements peu abondants plusieurs heures après les repas. Entre temps les battements de cœur s'accroissent et s'accompagnent d'étourdissements. Il est évacué à ce moment sur l'arrière.

Examen. — Se plaint d'avoir des digestions lourdes et pénibles avec ballonnement stomacal intense et palpitations, en même temps que d'une douleur interscapulaire. Il est très amaigri car il s'alimente mal, et a une tendance à avoir de la diarrhée.

Histoire de la journée. — Réveil : la bouche est pâteuse et sèche. Il prend son petit déjeuner à 7 heures. Café, pain et fromage. Peu d'appétit. Il n'éprouve aucun phénomène douloureux jusqu'à 10 heures. A ce moment il déjeune : Potage. Viande en petite quantité. Légumes. Comme boisson il prend du vin. L'appétit est ordinaire. Peu après, il a du ballonnement, accompagné d'une gêne épigastrique douloureuse. Il éprouve en même temps des battements de cœur violents, et une vive douleur apexienne, qui semble s'irradier le long du sternum. Parfois, un renvoi gazeux peu abondant survient qui le soulage momentanément, puis tous ces troubles s'atténuent progressivement pour disparaître une ou deux heures après. Il est calme ensuite jusqu'au dîner qui a lieu à 5 heures. Même menu que le matin moins la viande. Moins d'appétit qu'au déjeuner. Les mêmes troubles que le matin surviennent immédiatement après le repas. La

nuît, il est agité, se réveille souvent et se rendort difficilement : pas de phénomène douloureux gastrique : seulement une gêne légère dans l'hypochondre gauche.

Le malade est de grande taille et d'aspect robuste. La langue est humide et pourpre, témoignant d'une sialorrhée intense, la dentition défectueuse. L'abdomen est un peu surélevé dans l'hypochondre gauche où la percussion révèle un léger tympanisme. La palpation réveille de la sensibilité au niveau du point xyphoïdien et du point sous-épigastrique ainsi que des points sigmoïdiens et cœliques gauches.

Le foie est normal ainsi que la rate.

Le cœur est normal. Les pupilles, égales, sont contractées. Pas d'Argyll. Les réflexes tendineux sont normaux.

L'examen des urines ne révèle la présence ni de sucre, ni d'albumine.

Le tubage à jeun est négatif. Après repas d'épreuve il dénote une acidité gastrique marquée ($H = 2,04$ — $AT = 2,55$).

L'examen radioscopique montre un estomac tonique normal soulevant légèrement par sa grosse tubérosité gonflée d'air le dôme diaphragmatique gauche. La moitié inférieure de l'organe, est de dimensions réduites et attirée en bas.

OBSERVATION VIII

B... Fernand, vingt et un ans. Aspirant du 74^e régiment d'infanterie. Etudiant.

Entre à l'hôpital auxiliaire 10 de X le 16 novembre pour troubles gastro-intestinaux.

Antécédents héréditaires. — Père, quarante-cinq ans.

Atteint de lithiasse biliaire. Mère, quarante-quatre ans, dyspetique. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents pathologiques. — A eu une fièvre scarlatine à six ans. Une rougeole à douze ans. A été longtemps de santé délicate. A du faire un séjour prolongé au bord de la mer pour une périostite (non suppurée). Kératite à onze ans, des deux yeux. Neuf mois de traitement. A toujours été sujet aux amygdalites à répétitions.

Dès quatorze ans, a commencé à mieux se porter : n'a plus ensuite fait de maladie sérieuse jusqu'à la mobilisation.

Celle-ci le prend à dix-huit ans, en avril 1915. Part au front en octobre de la même année et sa santé est bonne jusqu'au début de 1917, où il est évacué sur l'hôpital de Château-Thierry pour embarras gastrique fébrile. Au bout de quelques jours de traitement se ralimente progressivement : lait, œufs. Puis dès qu'on lui donne du bouillon de légumes et des purées présente des vomissements. Il éprouve, sitôt après l'ingestion de ces aliments un ballonnement intense et un sentiment de forte pression stomacale. Cette impression s'accompagne d'une angoisse, et d'une gêne précordiale très vive. Pas de renvois. Reste ainsi une heure et plus, puis est calmé par un vomissement abondant.

Il part en convalescence de trente jours. Les quinze premiers jours, s'alimente très difficilement par suite de la persistance des troubles décrits plus haut. Puis son état s'améliorant, il retourne aussitôt au front : là après un très court séjour il est évacué de nouveau. Il reste deux mois à l'hôpital de Dieppe où il souffre d'une intolérance gastrique presque complète puis passe, en observation à l'hôpital auxiliaire 10 en novembre 1917.

Examen. — Sujet très amaigri. Anorexie. Langue saburrale, constipation. Epreuve après les repas un ballonnement intense avec sensation de plénitude gastrique douloureuse. N'a pas vomi depuis qu'il est à l'hôpital. Mais ressent sa pesanteur gastrique pendant trois heures environ après le repas. Soulagement très net si le malade a des renvois. A cessé le régime lacté exclusif. A commencé à s'alimenter de potages puis de purées, auxquelles on ajoute en plus deux œufs crus. Lavement évacuateur quotidien. La langue s'est nettoyée, l'état général est meilleur.

Histoire de la journée. — Au réveil, assez fréquente douleur vive au creux de l'estomac. Langue blanche. A 7 heures petit déjeuner : café au lait sans pain, pris sans appétit. Immédiatement ballonnement, moins intense qu'après les autres repas, car le malade prend très lentement son déjeuner (en 1 heure). Matinée calme. A 10 heures, déjeuner. Potage (de légumes). Purées et œufs crus. Crème. Boissons très chaudes après le repas. En quantité suffisante. De suite après, ballonnement stomacal très accentué avec sentiment de pesanteur stomacale et de plénitude. Plus de vomissements : seulement quelques renvois au bout d'un temps plus ou moins long. Dîner à 5 heures : mêmes faits que le matin.

Ensuite le malade a beaucoup de peine à s'endormir. Il conserve toute la nuit sa sensation presque douloureuse d'estomac dilaté avec pesanteur. Sommeil fréquemment interrompu.

Le malade est de grande taille, amaigri, pâle. Il paraît très impressionnant. Langue saburrale. Bonne dentition. Très constipé. Présente de l'aérophagie œsophagienne, mise

en relief par de nombreux mouvements de déglutition qui surviennent pendant l'examen.

L'abdomen amaigri est un peu saillant au niveau de l'hypochondre gauche. La sangle musculaire est légèrement déficiente. La palpation réveille de la douleur au niveau des points xyphoïdiens, de l'hypochondre gauche, et appendiculaire.

Le foie est normal, légèrement remonté semble-t-il par la distension gazeuse abdominale, son bord inférieur est à trois travers de doigt au-dessus des fausses côtes. La rate est normale.

Le cœur est normal. On ne note pas de congestion post-prandiale. Les pupilles sont dilatées. Pas d'Argyll. Réflexes normaux.

Examen chimique du contenu gastrique après repas d'épreuve révèle une acidité marquée ($\text{HCl} = 1,82$. $\text{AT} = 3,06$).

Enfin l'examen radioscopique montre un estomac, et un gros intestin très dilatés par les gaz. L'estomac couché sur le côlon est dévié sur la droite.

CONCLUSIONS

De l'exposé qui précède, on peut dégager l'enseignement suivant :

1° Il existe en dehors de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, ou aérophagie « bloquée » chirurgicale, une aérophagie bloquée médicale, quasi-permanente ;

2° Cette aérophagie bloquée médicale, constitue à elle seule, une entité pathologique nettement définie dans son mécanisme de production, dans ses causes prédisposantes, dans sa symptomatologie essentielle et son évolution, dans son diagnostic clinique et radioscopique, et dont le traitement variable avec les origines de l'affection peut être tenté avec des chances de succès, assez bien établies ;

3° L'aérophagie bloquée est très utile à connaître, car dans de nombreux cas elle permet de grouper, tout en les rapportant à elle, des troubles subjectifs ou objectifs, qu'avant son identification, on peut être amené à rapporter à des affections très éloignées d'elle (angine de poitrine, pneumothorax, dyspepsies, etc., etc.). Sa notion est donc pour le médecin d'une grande importance, car elle lui évite une perte

de temps, en lui permettant de fixer rapidement son diagnostic ;

4° La radioscopie, déjà si utile pour le diagnostic des affections gastriques, est, pour l'identifier, d'un secours exceptionnel, en projetant sur l'écran des détails d'une telle précision, que toute cause d'erreur est presque impossible ;

5° Par son mécanisme de production enfin, elle voisine avec un syndrome gastrique qui ne fut isolé et particulièrement étudié que ces dernières années par notre maître F. Romond : le spasme du pylore, et dont le traitement lui est en partie commun ;

6° Son traitement qui actuellement ne tend qu'à l'évacuation de l'estomac et à supprimer, puis prévenir le spasme du pylore, s'adressera peut-être un jour à l'occlusion cardiaque elle-même, cause essentielle et la plus fréquente du blocage de l'aérophagie.

Vu : le Président de la thèse
P. CARNOT

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Chomel.* — Les dyspepsies, 1857.
- Deguy.* — Journal des Praticiens, juin 1901.
- Dobrovici.* — Thèse Paris, 1907.
- Hayem (G.).* — De la sialophagie (Archives des maladies de l'appareil digestif, janvier 1907).
- Journal des Praticiens, 1898.
- Leven (G.).* — La dyspepsie.
- L'aérophagie.
- Leven (G.) et Barret (G.).* — Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac.
- Linossier.* — Société médicale des Hôpitaux (mars 1901).
- Mathieu (A.) et Roux (J.-Charles.).* — Pathologie gastro-intestinale (Clinique et Thérapeutique. Paris 1909).
- Mauban (H.).* — L'aérophagie. Thèse Paris, 1910.
- Poirier et Charpy.* — Anatomie humaine : l'estomac.
- Ramond (F.).* — Les dyspepsies, 2^e édition. Paris, 1920.
- L'aérogastrie ou aérophagie bloquée (In Bulletin médical, août 1920).
- Le spasme du pylore (Presse médicale, mai 1920).
- Roger (G.-H.).* — Digestion et nutrition, p. 212.
- Rosenthal (G.).* — Recherches sur la gymnastique respiratoire (Journal de Physiothérapie, novembre 1913).
- Tissier (P.).* — Société de Thérapeutique, février 1910.
- Quénu (J.).* — Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique gastrique. Thèse Paris, 1918.

